

**FORMULARIO DE INVESTIGACION DE  
ELEGIBILIDAD COMBINADA PARA LOS  
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
TÍTULO X Y TÍTULO XX**

Nº de Cliente de la Agencia: \_\_\_\_\_

**PARTE I – INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Anteriormente Casado	Fecha de Nacimiento	Edad
Domicilio (Calle, No. de Apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal)		Condado de Residencia	Número de Teléfono (      )	

**PARTE II – DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD POR LOS INGRESOS**

- ¿Cuántas personas hay en la familia? .....
- Si el cliente está casado o tiene 20 años o más, ¿cuáles son los ingresos mensuales brutos de la familia? .....\$ \_\_\_\_\_ / por mes
- Si el cliente no está casado y tiene 19 años o menos, ¿cuáles son los ingresos mensuales brutos del propio cliente? \$ \_\_\_\_\_ / por mes

**DEFINICIÓN DE FAMILIA:**

**Familia** – Una unidad social compuesta de una persona, o dos o más personas que conviven en un hogar.

**DEFINICIÓN DE INGRESOS Y CÓMO CALCULARLOS:**

**Ingresos mensuales brutos** – Los ingresos totales mensuales recibidos antes de los impuestos. Incluye todas las fuentes de ingresos de acuerdo a la *Definición de Ingresos* de Planificación Familiar Bajo los Títulos X y XX del TDH. Para los clientes que están casados o que tienen 20 años o más, esto corresponde a los ingresos de todos los miembros de la familia. Para clientes no casados de 19 años de edad o menores, esto incluye solamente los ingresos del cliente.

**¿Cómo se calculan los ingresos mensuales brutos?** – Si los ingresos se reciben en una sola suma total o si se le paga en plazos de más de un mes, como en el caso de empleo por temporadas, divida los ingresos entre el número de meses que estos ingresos deberían cubrir. Si se le paga semanalmente, multiplique los ingresos semanales por 4.33. Si se le paga cada quincena, multiplique esa cantidad por 2.165. Si se le paga dos veces al mes, multiplique por 2.

**PARTE III – ACUERDO DEL CLIENTE**

- He solicitado servicios de planificación familiar y he aceptado los servicios de planificación familiar de esta clínica. He entendido que esta clínica recibe sumas de dinero del gobierno de parte del Departamento de Salud de Texas. La información que le he dado al personal de la clínica es verdadera y correcta y con mi mejor conocimiento.
- Le informaré al personal de la clínica cuando haya algún cambio en mis ingresos o en el número de personas en mi familia.

**NOTA:** Sólo el cliente que va a recibir servicios de planificación familiar puede firmar y poner la fecha en este formulario para solicitar y dar consentimiento para recibir servicios. Está prohibido pedir el consentimiento del esposo o de los padres.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA:** Si el cliente usa una marca "X," un testigo debe de firmar este formulario también.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARTE IV – CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARTE DEL PERSONAL DE LA AGENCIA MÉDICA**

¿El cliente es elegible para servicios subvencionados? ..... ? Sí ? No

Porción del costo que es la responsabilidad del cliente (co-pay, en inglés): \_\_\_\_\_ %

Nombre de la Agencia	Firma – Agencia / Miembro del Personal	Fecha
----------------------	--	-------

**PARTE V – MÉTODO DE SEGUIMIENTO PREFERIDO**

Marque todo lo que corresponda:    ? Correo    ? Teléfono    ? Visita a Domicilio    ? Ningún Contacto